



สมาคมสมาคมนักสื่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

199 หมู่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130 โทร. 0-2496-1332 , 08-9921-2350

ที่ สสอ.รท. ว. 0003/2561

12 มกราคม 2561

เรื่อง การสมัครเป็นสมาชิกสมาคมสมาคมนักสื่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) ในปี 2561

เรียน ประธานศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงคมนาคม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- | | |
|---|--------------|
| 1. ประกาศสมาคม สสอ.รท. ที่ 1/2561 | จำนวน 1 ชุด |
| 2. ตารางการรับสมัครสมาชิกในปี 2561 (12 รอบ) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. แบบฟอร์มใบสมัคร ประเภทสามัญและสมทบ | จำนวน 2 ชุด |

ตามที่ประชุมใหญ่วิสามัญ ครั้งที่ 1/2560 ของสมาคม สสอ.รท. เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2560 ได้เห็นชอบให้สมาคมสมาคมนักสื่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย(สสอ.รท.) และสมาคมสมาคมนักสื่งเคราะห์สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย(สสอ.ร.) แยกการบริหารเพื่อความเป็นอิสระในการดำเนินงานของแต่ละสมาคม

สมาคม สสอ.รท. จึงได้แก้ไขข้อบังคับสมาคมและระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งที่ประชุมใหญ่ได้อนุมัติแล้ว และได้เสนอนายทะเบียนท้องที่เพื่อขอความเห็นชอบแล้ว

ในส่วนของการรับสมัครสมาชิก สมาคมฯ ได้แก้ไขข้อบังคับฯ เกี่ยวกับประเภทและคุณสมบัติของผู้สมัคร คณะกรรมการดำเนินการจึงได้กำหนดหลักเกณฑ์การสมัครในปี 2561 ดังนี้

1. อายุผู้สมัคร ในปี 2561 ทั้งปี สมาคม สสอ.รท. จะคงอายุผู้สมัครไว้ที่ 57 ปี ต่อไปอีก 1 ปี คือ จะรับสมัครตั้งแต่บรรลุนิติภาวะ จนถึงอายุ 57 ปี (เกิดในปี 2504-2505)

2. ค่าใช้จ่าย

- เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	4,500 บาท
- ค่าสมัครแรกเข้า	20 บาท
- ค่าบำรุงรายปี	20 บาท
รวม	4,540 บาท

3. ประเภทของสมาชิก

1) สมาชิกสามัญ

- 1.1) สมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด
- 1.2) เจ้าหน้าที่สมาคม

2) สมาชิกสมทบ

- 2.1) คู่สมรส บิดา/มารดา บุตร รวมถึงบุตรบุญธรรมของสมาชิกสามัญ ข้อ 1.1
- 2.2) เจ้าหน้าที่หน่วยงานราชการ (กรณีหน่วยงานนั้นไม่มีสหกรณ์หรือเจ้าหน้าที่ผู้นั้นไม่ได้สมัคร

เป็นสมาชิกสหกรณ์)

- 2.3) สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ส่วนราชการอื่น/รัฐวิสาหกิจ/สถานประกอบการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบและรับสมัครสมาชิกตามรอบการสมัคร ดังปรากฏในตารางการสมัครสมาชิกในปี 2561 ที่แนบมาพร้อมนี้ สำหรับใบสมัครของสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบนั้น ทางสมาคมฯ ได้ปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับข้อบังคับแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุมาลี ยุक्तานนท์)

นายกสมาคมสมาคมนักสื่งเคราะห์สมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย



ประกาศสมาคมกอปรการออมทรัพย์ราชการไทย
ที่ 1/2561

เรื่อง หลักเกณฑ์การรับสมัครสมาชิกสมาคมกอปรการออมทรัพย์ราชการไทย
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย รอบที่ 3/2561-2/2562 (12 รอบ)

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 9, 10, 11 และ 12 แห่งข้อบังคับสมาคมกอปรการออมทรัพย์ราชการไทย พ.ศ. 2560 คณะกรรมการดำเนินการสมาคมกอปรการออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) ชุดที่ 3 จึงกำหนดหลักเกณฑ์การรับสมัครสมาชิก สสอ.รท. ในปี 2561 รอบที่ 3/2561-2/2562 ดังนี้

1. คุณสมบัติสมาชิกสามัญ

- 1.1 เป็นสมาชิกประเภทสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์
- 1.2 เป็นเจ้าหน้าที่สมาคม
- 1.3 อายุ 20-57 ปี (เกิดในปี 2504-2505)

2. คุณสมบัติสมาชิกสมทบ

2.1 เป็นคู่สมรส บิดา/มารดา บุตร รวมถึงบุตรบุญธรรมของสมาชิกสามัญ ข้อ 1.1

2.2 เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ (กรณีหน่วยงานไม่มีสหกรณ์หรือเจ้าหน้าที่ผู้นั้นไม่ได้สมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์)

2.3 เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ส่วนราชการอื่น/รัฐวิสาหกิจ/สถานประกอบการ

3. เอกสารการสมัคร

3.1 ใบสมัคร พร้อมหนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว โดยขอรับแบบฟอร์มใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หรือดาวน์โหลดจาก <http://www.cgse.or.th>

3.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้สมัคร

3.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร

3.4 ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่งจากโรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของรัฐที่มีอายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันสมัคร (สมาชิกต้องถ่ายสำเนาใบรับรองแพทย์เพิ่ม 1 ฉบับ เก็บไว้ที่ศูนย์ประสานงานและส่งฉบับจริงให้สมาคมฯ เพื่อประกอบการพิจารณาก่อนอนุมัติ)

3.5 ใบรับรองสุขภาพตนเอง

3.6 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน

3.7 สำเนาเอกสารประกอบอื่น ๆ ตามที่กำหนด เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ นามสกุล ทะเบียนสมรส

เป็นต้น

3.8 ใบเสร็จรับเงินของสหกรณ์เดือนล่าสุด หรือหนังสือรับรองการเป็นสมาชิกจากสหกรณ์ต้นสังกัด (กรณีสมัครตรงที่สมาคมฯ) หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง

3.9 ทะเบียนสมรสที่ถูกต้องตามกฎหมาย (ถ้ามี)

4. การสมัคร

4.1 กรณีเป็นสมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์

4.1.1 ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานตามข้อ 2 ด้วยตนเองที่สหกรณ์ต้นสังกัดที่ตอบรับเป็นศูนย์ประสานงานของสมาคมฯ

4.1.2 กำหนดยื่นใบสมัครแต่ละรอบให้เป็นไปตามข้อ 5.1 หรือดาวน์โหลดจาก [http : www.cgse.or.th](http://www.cgse.or.th)

4.1.3 ชำระเงินค่าสมัคร 20 บาท เงินค่าบำรุง 20 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 4,500 บาท รวมเป็นเงิน 4,540.- บาท

4.2 กรณีสมัครตรงที่สมาคมฯ

4.2.1 สมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่ยังไม่รับเป็นศูนย์ประสานงานให้ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานด้วยตนเอง ณ ที่ทำการสมาคมฯ อาคารสำนักงานชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย ชั้น 5 เลขที่ 199 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11130 ในวัน เวลาทำการ

4.2.2 สมาคมจะรับใบสมัครไว้ และจะออกเอกสาร Bill Payment เพื่อให้ผู้สมัครไปชำระเงินที่ธนาคารไทยพาณิชย์ไม่เกินวันที่กำหนดใน Bill Payment ทั้งนี้ สมาคมจะพิจารณาอนุมัติรับเป็นสมาชิกในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของเดือนที่ถัดจากเดือนที่สมัคร

4.3 กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรส บิดา/มารดา บุตร รวมถึงบุตรบุญธรรม ของสมาชิก สสอ.รท.

4.3.1 สมาชิก สสอ.รท. ที่มีเลขทะเบียนสมาชิกแล้ว จึงจะสามารถนำคู่สมรส บิดา/มารดา บุตร รวมถึงบุตรบุญธรรม มาสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ ได้

4.3.2 มีหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับตัวสมาชิกสามัญ

4.3.3 ต้องมีคำรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรจากสมาชิก สสอ.รท. ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัคร

4.3.4 อายุผู้สมัครจะต้องให้เป็นไปตามประกาศของสมาคมในรอบนั้น ๆ

5. การรับสมัคร การตรวจสอบคุณสมบัติ และการนำส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

5.1 ตารางการรับสมัครสมาชิก สสอ.รท.

รอบที่	กำหนดรับสมัคร	กำหนดการตรวจสอบหลักฐาน	กำหนดการโอนเงิน	สมาชิกได้รับสมาชิกภาพ	อายุผู้สมัคร	ค่าสมัครแรกเข้า	หมายเหตุ
3/2561	3-31 ม.ค. 2561	เดือนกุมภาพันธ์ 2561	15 กุมภาพันธ์ 2561	1 มีนาคม 2561	57 ปี	4,540.00	อายุการสมัคร ตั้งแต่บรรลุนิติภาวะ จนถึงอายุ 57 ปี คือ เกิดในปี 2504-2505
4/2561	1-28 ก.พ. 2561	เดือนมีนาคม 2561	15 มีนาคม 2561	1 เมษายน 2561	57 ปี	4,540.00	
5/2561	2-30 มี.ค. 2561	เดือนเมษายน 2561	17 เมษายน 2561	1 พฤษภาคม 2561	57 ปี	4,540.00	
6/2561	2-30 เม.ย. 2561	เดือนพฤษภาคม 2561	15 พฤษภาคม 2561	1 มิถุนายน 2561	57 ปี	4,540.00	
7/2561	2-31 พ.ค. 2561	เดือนมิถุนายน 2561	15 มิถุนายน 2561	1 กรกฎาคม 2561	57 ปี	4,540.00	
8/2561	1-29 มิ.ย. 2561	เดือนกรกฎาคม 2561	16 กรกฎาคม 2561	1 สิงหาคม 2561	57 ปี	4,540.00	
9/2561	2-31 ก.ค. 2561	เดือนสิงหาคม 2561	15 สิงหาคม 2561	1 กันยายน 2561	57 ปี	4,540.00	
10/2561	1-31 ส.ค. 2561	เดือนกันยายน 2561	17 กันยายน 2561	1 ตุลาคม 2561	57 ปี	4,540.00	
11/2561	'3-28 ก.ย. 2561	เดือนตุลาคม 2561	16 ตุลาคม 2561	1 พฤศจิกายน 2561	57 ปี	4,540.00	
12/2561	1-31 ต.ค. 2561	เดือนพฤศจิกายน 2561	15 พฤศจิกายน 2561	1 ธันวาคม 2561	57 ปี	4,540.00	
1/2562	1-30 พ.ย. 2561	เดือนธันวาคม 2561	17 ธันวาคม 2561	1 มกราคม 2562	57 ปี	4,540.00	
2/2562	3-28 ธ.ค. 2561	เดือนมกราคม 2562	15 มกราคม 2562	1 กุมภาพันธ์ 2562	57 ปี	4,540.00	

5.2 กรณีที่ศูนย์ประสานงานไม่ส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าให้สมาคมฯ สมาคมฯ จะชะลอการประกาศรับเป็นสมาชิกและหากมีสมาชิกเสียชีวิตในช่วงดังกล่าว สมาคมฯ จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อบังคับของสมาคม ข้อ 12.

5.3 กรณีที่ศูนย์ประสานงานส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าไม่เต็มจำนวน ขอให้แจ้งเฉพาะรายชื่อผู้ที่ได้ชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเต็มจำนวนเงิน เพื่อสมาคมจะได้นำชื่อดังกล่าวเข้าระบบและรับสิทธิสมาชิกภาพสมบูรณ์ต่อไป ดังนั้น สมาชิกที่สมัครแต่ยังไม่ส่งเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าจะถือว่ายังไม่มีสมาชิกภาพสมบูรณ์ตามข้อบังคับข้อ 12

6. ติดต่อสอบถาม

ที่ตั้งสำนักงาน	คณะกรรมการ	โทรศัพท์
สำนักงาน สสอ.รท. ชั้น 5 เลขที่ 199 หมู่ที่ 2 ถ.นครอินทร์ ต.บางสีทอง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130 โทรศัพท์ : 0-2496-1332 โทรสาร : 0-2496-1332 E-mail : tgc.ifsct@gmail.com เว็บไซต์ : http://www.cgse.or.th	คณะกรรมการ นางสุมาลี ยุक्तานนท์ นางสาวนิตยา ผิวเหลือง สัวแพทย์หญิงฉวีวรรณ วิริยะภาค นายสมนึก มั่นในบุญธรรม นางเครือมาศ บุณนาค นางวัลภา รุจิชัย เจ้าหน้าที่สมาคม นางสาวภาวดี จิตสถิน นายตฤพล เรือนทิพย์ นางสาวแก้วใจ สุขประเสริฐ	08-6353-4248 08-7032-7375 08-1900-6035 08-1814-1885 08-1304-8138 08-9546-8093 09-2429-6660 08-9921-2350 09-2429-6660

ประกาศ ณ วันที่ ๕ มกราคม 2561

(นางสุมาลี ยุक्तานนท์)
นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (สถานพยาบาลของรัฐ) มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. ใบรับรองสุขภาพตนเอง
7. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน
8. กรณีที่สหกรณ์ฯ ไม่รับเป็นศูนย์ประสานงาน ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้ายหรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



สสอ.รท. 1

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....

สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....

อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(4) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร

(4.1) เหมือนข้อ (3)

(4.2) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

(5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20.- บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20.- บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 4,500.- บาท รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 4,540.- บาท

(6.2) วิธีการชำระเงิน

- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน
- โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 468 0 32040 0 ทาง Bill Payment

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้าจะชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี ดังนี้

- ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์หักจากเงินปันผล/เงินเฉลี่ยคืน
- ชำระที่ศูนย์ประสานงาน
- โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 468 0 32040 0 ทาง Bill Payment

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

หมายเหตุ :

- 1) โปรดเขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
- 2) ข้อความใดที่มีการขีด ลบ ชัดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
- 3) สมาชิกสามัญ หมายถึง สมาชิกสามัญหรือสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.1(1) ของสมาคมฯ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมออมทรัพย์ราชการไทย ประกาศ สสอ.รท. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอ.รท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสอ.รท.
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รท.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิก สสอ.รท. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติคณะกรรมการครั้งที่...../.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รท.

2. กรรมการ สสอ.รท. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก สสอ.รท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



สสอ.รท.2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า

นาย/นาง/นางสาว.....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (4) กรณีใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์ม สสอ.รท.2 ต้องประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน หรือใช้ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลนั้น ๆ



แบบรายงานสุขภาพตนเอง

สมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ สสอ.รท. รอบการสมัครที่.....

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก.....แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

1. โรคหัวใจ ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้
2. โรคหัวใจในระยยะอันตราย ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้
3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้
4. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยยะ ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้ ไม่เป็นโรคนี้

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามที่แจ้ง 1-5 เป็นความจริง หาก

ข้าพเจ้ารู้และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้นเป็นเท็จ หรือเสียชีวิตด้วยโรคตามข้อ 1-5 ภายใน

เวลา 90 วัน นับแต่วันที่กรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์พ้นสมาชิกภาพตามข้อบังคับ สสอ.รท.

ข้อ 10.3(3) และข้อ 12

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)ตัวบรรจง



สสอ.รท.3

หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สมาชิก สามัญ สมทบ ของสหกรณ์ออมทรัพย์.....
เลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

(1) สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ.....
 หย่า หม้าย

(2) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ.รท. พึ่งจ่าย

(2.1).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

(2.2).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

(2.3).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิที่เหลืออยู่ดังกล่าว
ข้างต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนา
ดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(3) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย (สสอ.รท.) จะนำส่งเงินเป็นค่าบำรุง
รายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้สมาคมกรณีสมัครตรงที่สมาคม สสอ.รท. ภายในเดือน
ธันวาคมของทุกปี

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ)..... กรรมการ สสอ.รท.

(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่าย
และการเก็บรักษาเงินของสมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

1. สามีม ภริยา บุตร บิดา มารดา
2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
4. ปู่ ย่า ตา ยาย
5. หลง ป้า น้า อา
6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (สถานพยาบาลของรัฐ) มีอายุไม่เกิน 30 วัน
5. ใบรับรองสุขภาพตนเอง
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกราย
7. กรณีที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต้องมีหลักฐานแสดงสังกัด
8. ใบทะเบียนสมรส กรณีสมรสคู่สมรส
9. หลักฐานที่เกี่ยวข้อง

ใบสมัครสมาชิกสำหรับสมาชิกสมทบ



สสอ.รท. 1/1

เลขประจำตัวสมาชิก สสอ.รท.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) เป็นคู่สมรสของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สสอ.รท. ทะเบียนฌาปนกิจเลขที่..... (แนบสำเนาใบทะเบียนสมรส)

เป็นบิดา/มารดา/บุตร/บุตรบุญธรรม ของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สสอ.รท. ทะเบียนฌาปนกิจเลขที่..... (แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง)

เจ้าหน้าที่หน่วยราชการ..... (แนบหลักฐาน)

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์รัฐวิสาหกิจ สถานประกอบการ ทหาร ตำรวจ

เลขทะเบียนที่

(2) ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง..... หรือปฏิบัติหน้าที่..... สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

(4) สถานที่ติดต่อ/ส่งเอกสาร

(4.1) เหมือนข้อ (3)

(4.2) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....

(5) หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

(6) การชำระเงิน

(6.1) การชำระเงินครั้งแรก

- ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20.- บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20.- บาท
 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 4,500.- บาท รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 4,540.- บาท

(6.2) วิธีการชำระเงิน

- ชำระเป็นเงินสด
 โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 468 0 32040 0 ทาง Bill Payment

(7) การชำระเงินครั้งต่อไป เพื่อต่อสมาชิกภาพ (ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี)

- ชำระเป็นเงินสด
 โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 468 0 32040 0 ทาง Bill Payment

สมาชิกสมทบที่เป็นคู่สมรสที่สมัครตั้งแต่ปี 2561 รวมถึงบิดา มารดา บุตร ของสมาชิกสามัญจะต้องพ้นสมาชิกภาพในกรณีที่สมาชิกสามัญผู้นั้นลาออก/พ้นสภาพ ยกเว้นกรณีเสียชีวิต

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ราชการไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขต่างๆ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
สมาชิก สสอ.รท. เลขที่.....

หมายเหตุ :

- 1) โปรดเขียนใบสมัครด้วยลายมือตนเองเพื่อป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยท่านไม่ทราบ
- 2) ข้อความใดที่มีการขีด ลบ ชีดฆ่า ขอให้ลงชื่อกำกับ
- 3) สมาชิกสมทบ คือ
 - คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ของสมาชิกสามัญ
 - เป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการ
 - เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์รัฐวิสาหกิจไทย สถานประกอบการ ทหาร ตำรวจ



สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกสมทบ สสอ.รท. ตามข้อบังคับข้อ 10.2 และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับและระเบียบสมาคมงานกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย ประกาศ สสอ.รท. เรื่องรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ สสอ.รท.
- ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ความเห็นคณะกรรมการสมาคม สสอ.รท.

- อนุมัติเข้ารับเป็นสมาชิกสมทบ สสอ.รท. ตั้งแต่วันที่.....ตามมติคณะกรรมการครั้งที่...../.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

1. นายกสมาคม สสอ.รท.
2. กรรมการ สสอ.รท. ปฏิบัติหน้าที่แทนนายก สสอ.รท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วัน..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ..... ปี

ปรากฏว่า

นาย/นาง/นางสาว.....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือเป็นโรคใด ระบุโรค.....
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (4) กรณีใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์ม สสอ.รท.2/1 ต้องประทับตราโรงพยาบาลของรัฐที่แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกายสังกัดให้ชัดเจน หรือใช้ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลนั้น ๆ



แบบรายงานสุขภาพตนเอง

สมาคมงานกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

เลขที่สมาชิก..... ได้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ สสอ.รท. รอบการสมัครที่.....

ได้แนบใบรับรองแพทย์จาก..... แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

1. โรคหัวใจ ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้นี้ ไม่เป็นโรคนี้นี้
2. โรคหัวใจในระยะเวลาอันตราย ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้นี้ ไม่เป็นโรคนี้นี้
3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้นี้ ไม่เป็นโรคนี้นี้
4. โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้นี้ ไม่เป็นโรคนี้นี้
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) ไม่เคย เคย ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....พ.ศ.....
 เป็นโรคนี้นี้ ไม่เป็นโรคนี้นี้

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความตามที่แจ้ง 1-5 เป็นความจริง หาก

ข้าพเจ้ารู้และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความนั้นเป็นเท็จ หรือเสียชีวิตด้วยโรคตามข้อ 1-5 ภายในเวลา 90 วัน นับแต่วันที่กรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิกข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์พ้นสมาชิกภาพตามข้อบังคับ สสอ.รท.

ข้อ 10.3(3) และข้อ 12

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการให้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็น คู่สมรส บุตร บิดา/มารดา ของสมาชิก สสอ.รท.
ชื่อ.....ทะเบียนเลขที่..... สังกัดสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด
ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
ทำงานในตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ.....

(1) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้บุคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวที่ สสอ.รท. พึ่งจ่าย

(1.1)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

(1.2)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

(1.3)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โดยมีเงื่อนไขการรับดังนี้ ได้รับส่วนแบ่งเท่ากันทุกคน อื่น ๆ

ถ้าคนใดตายไปก่อนข้าพเจ้า ผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิ และหากมีเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าเหลืออยู่ ก็ให้มอบแก่ผู้มีสิทธิ
ที่เหลืออยู่ดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้า
แสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(3) ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ราชการไทย (สสอ.รท.) จะนำส่งเงินเป็น
ค่าบำรุง รายปี และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามที่เรียกเก็บ ส่งศูนย์ประสานงานที่สมัคร หรือ ส่งให้สมาคมกรณีสมัครตรงที่สมาคม สสอ.รท.
ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

(ลงชื่อ)..... ผู้จัดการศูนย์ประสานงานฯ

(ลงชื่อ)..... กรรมการ สสอ.รท.

(.....)

หมายเหตุ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องวิธีการจ่ายค่าจัดการศพ หรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว การใช้จ่ายและการเก็บรักษา
เงินของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ วันที่ 27 ธันวาคม 2545 กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจะต้องเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

1. สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
2. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
3. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
4. ปู่ ย่า ตา ยาย
5. ลุง ป้า น้า อา
6. ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรืออยู่ในอุปการะเลี้ยงดู